

©В.О. Синицька, О.Б. Чубата, І.Е. Юрик

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім.І.Я.Горбачевського МОЗ України»
КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня»*

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ. Ювенільний ревматоїдний артрит – захворювання дітей будь-якого віку, яке уражає суглоби і може спричинити інвалідність. Початок захворювання може статися у різні вікові періоди, активність процесу не залежить від віку дитини. Ефективність лікування залежить від своєчасно розпочатої хворобомодифікуючої терапії.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА. Ювенильный ревматоидный артрит – заболевание детей, которое поражает суставы, приводя к инвалидности. Дебют болезни может быть в любом возрасте, активность процесса не зависит от возраста. Эффективность лечения зависит от своевременности установки диагноза и назначения метотрексата.

CLINICAL ASPECTS JUVENILE RHEUMATOID ARTHRITIS. Juvenile rheumatoid arthritis - a disease of children of any age that affects the joints and can cause disability. Disease onset can occur at different ages, the activity of the process is independent of age. The effectiveness of treatment depends on timely initiated methotrexate/

Ключові слова: ювенільний ревматоїдний артрит, метотрексат

Ключевые слова: ювенильный ревматоидный артрит, метотрексат.

Key words: Juvenile rheumatoid arthritis, methotrexate.

ВСТУП. Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) є однією з найважчих хвороб, що призводить до ранньої інвалідизації пацієнтів, особливо у молодому працездатному віці. Хронічне аутоімунне запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів по типу ерозивно-деструктивного прогресуючого поліартриту і відноситься до мультифакторіальних полігенно успадкованих захворювань, в розвитку яких мають місце інфекційні, зовнішні і спадкові фактори, в тому числі імуногенетичні [1,2].

Це захворювання системного характеру і розвивається воно за особливим механізмом. Найчастіше ревматоїдний артрит розвивається ще в дитинстві, він навіть має другу назву «ювенільний», тобто «юний». Придбаний в дитячому віці, він стає супутником надовго, іноді навіть назавжди. Поширеність ЮРА на сьогодні становить 0,2-0,4 на тисячу дитячого населення, захворюваність становить 0,09 на 1000 дитячого населення (1,3,4). Актуальність та соціальна значимість цієї проблеми визначаються не тільки частотою захворювань, важкістю перебігу, недостатньою ефективністю лікувальних заходів, але й наслідками перебігу хвороб — високим відсотком інвалідності й, як наслідок підвищення нетрудоспроможної популяції в Україні, скороченням тривалості життя (5,6).

Причину виникнення захворювання слід шукати на генетичному рівні, його природа аутоімунного характеру. Справа в тому, що організм дитини наділений здатністю виробляти захисні антитіла. При «поломках» на генетичному рівні ці самі антитіла помилково атакують тканини суглобів. Результатом недуги стає важке і довготривале запалення суглобів, яке супроводжується патологічними процесами у печінці, нирках та серці. При цьому суглобова сполучна тканина розростається і блокує рухові можливості, кінцівки або деякі їх частини можуть залишитися зовсім знерухомлених, атрофуються дистальні групи м'язів, формуються контрактури.

Клінічний перебіг ЮРА у дітей в сучасних умовах характеризується більш раннім віком дебюту захо-

рювання, поліморфізмом клінічних проявів та патоморфозом хвороби на тлі своєчасного початку медикаментозного лікування. Провідною ознакою клінічної картини ЮРА залишається стійкий суглобовий синдром, виникненню якого передують артралгії. Захворювання виникає у дітей з обтяженим сімейним (наявність у родичів дитини хвороб з аутоімунним механізмом розвитку) та перинатальним анамнезом, котрі відносяться до групи дітей, які часто хворіють, мають алергологічну патологію та неадекватно реагують на вакцинальний процес.

Провідним проявом ЮРА у дітей є суглобовий синдром, більша вираженість якого притаманна пацієнтам з системними формами хвороби, особливо, з максимальною активністю захворювання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ. Дане дослідження проведено на клінічних випадках з практики в умовах І педіатричного відділення обласної дитячої лікарні.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ. За даними 2013 року у Тернопільській області зареєстровано 23 випадки ювенільного ревматоїдного артрити. Протягом 2013 року вперше встановлено 5 випадків захворювання. Патологія з однаковою частотою зустрічається як серед хлопчиків, так і серед дівчаток. Віковий спектр не має певної залежності. Захворювання може розпочинається як у дітей перших років життя, так і у підлітків. Варто відмітити, що характер перебігу захворювання теж немає закономірності.

Під нашим спостереженням було 4 дітей які захворіли у віці 2 років. Початок захворювання у всіх був різним. Один хлопчик тривало мав виражений фебрилітет, гепатомегалію, без інших клінічних ознак, який практично не купувався антипіретиками та антибактеріальними засобами. У дебюті захворювання в гемограмі у нього відмічався помірний лейкоцитоз із зсувом формули вліво, значно прискорене ШОЕ, наростала анемія, але кількість тромбоцитів зберіга-

лася у віковій нормі, що потребувало консультації гематолога та проведення стерильної пункції з метою виключення онкогематології. Гострофазові показники постійно утримувалися на високих цифрах, але ревматоїдний фактор та антинуклеарні антитіла не виявлялися. Імунологічне обстеження та визначення TORC-інфекцій теж було безрезультатним.

Через 3-4 місяці до даної симптоматики почали приєднуватися прояви артритів з деформацією суглобів верхніх та нижніх кінцівок і шийного відділу хребта, ранковою скутістю у них, схудненням дитини. Після проведеного обстеження та диференційної діагностики хлопчику було виставлено діагноз системної форми ювенільного ревматоїдного артриту. Згідно протоколів було призначено системні глюкокортикостероїди, під їх впливом нормалізувалася температура тіла, але гемограма залишалася зміненою, прояви артриту прогресували, тому до лікування було додано метотрексат у дозі 7,5 мг/м² площі тіла. Через 3 місяці лікування стан пацієнта стабілізувався, хлопчик став активнішим, нормалізувалися показники гемограми та гострофазові показники, але ознаки поліартриту залишалися стійко вираженими, тому доза метотрексату була збільшена до 10 мг/м² площі тіла. Крім того пацієнт періодично отримував вобензим, фолієву кислоту, фонофорез з гідрокортизоном на уражені суглоби, вітамінні комплекси, але тільки через 7 місяців було відмічено позитивну динаміку зі сторони суглобів. Пацієнт краще ходить, почав краще рости та набирати масу тіла, постійно проводиться механічна розробка уражених суглобів.

Такий же перебіг захворювання спостерігався і у пацієнтів більш старшого віку. Подібна історія хвороби була у хлопчика 6 років, а також у трьох дівчаток препубертатного періоду. В усіх випадках пацієнтам після тривалого спостереження і виключення онкогематології призначалися системні стероїди у невеликих дозах та метотрексат. Гормональна терапія проводилася до зменшення активності процесу, метотрексат підшкірно – довготривало, більше року, після досягнення тривалої ремісії та відновлення функції усіх уражених суглобів.

У інших пацієнтів захворювання характеризується тільки суглобовими змінами. Кількість уражених суглобів і ступінь виражених змін була різною. У 4 пацієнтів був змінений тільки один суглоб, однозначно ним був колінний. Захворювання розпочиналося поступово у підлітковому віці, відмічалася збільшення суглобу за рахунок синовіту, ранкова скутість з поступовим відновленням рухів у суглобі протягом дня. У 2 дівчаток з цією формою появи артрити передувало ураження очей у вигляді в'ялотекугого увеїту. Даним пацієнтам призначено метотрексат або хінолінові похідні ентерально, місцево фонофорез з гідрокортизоном, але кращий ефект був після введення кеналогу в суглоб. Ця форма артрити має найбільш тривалий перебіг, але функція суглобу практично не порушується, ураження очей потребувало місцевого лікування стероїдами яке мало хороший ефект, порушення зору не розвивалося.

У більшості пацієнтів захворювання супроводжувалося ураженням 3-5 суглобів в дебюті, з послідовним втягненням в патологічний процес інших груп, в тому числі і дрібних суглобів кистей, шийного відділу

хребта. 10-річна дівчинка вперше була госпіталізована з клінікою полісуглобової форми артрити з помірною активністю запального процесу. У пацієнтки була виражена деформація колінних, гомілково-ступневих, променево-зап'ястних, ліктьових, нижньо-щелепних, п'ястно-фалангових та міжфалангових суглобів з помірними згинально-розгинальними контрактурами, м'язовими атрофіями (фото 1, 2).

Дівчинка з неблагополучної сім'ї, початок захворювання та провокуючий чинник встановити не було можливості, повноцінного лікування амбулаторно теж не було, тому захворювання прогресувало з розвитком контрактур, атрофією м'язів, затримкою росту та статевого дозрівання.

Адекватне лікування метотрексатом дозволило стабілізувати процес, покращити рухову активність суглобів, серед гострофазових показників відмічається помірно прискорене ШОЕ та підвищений рівень серомукоїду. Пацієнтці проводиться активна механотерапія з метою відновлення втрачених функцій суглобів, оскільки рентгенологічно ще збережені суглобові поверхні та зони росту у кістках (фото 3).



Фото 1. Полісуглобовий варіант хвороби.



Фото 2. Деформація кистей та флангів пальців у пацієнтки



Фото 3. Рентгенограма кисті пацієнтки

ВИСНОВКИ: 1. Клінічний перебіг ювенільного артриту не залежить від віку у якому дебютує захворювання.

2. Системні форми ювенільного артриту нерідко не мають класичного дебюту, що потребує ретельної диференційної діагностики з онкогематологією.

3. Своєчасне призначення метотрексату в адекватній дозі дозволяє стабілізувати клініку та покращити якість життя пацієнта.

4. Процес лікування ювенільного артриту є довготривалим, потребує додаткової супровідної терапії та механічної розробки суглобів.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ. Враховуючи необхідність тривалої хіміотерапії у пацієнтів хворих на ювенільний артрит з метою стабілізації аутоімунних уражень, що спричинює небажані ускладнення, для покращення ефекту розробляються схеми з призначенням біологічно активних препаратів (актепра, хумира), що дозволить скоротити терміни лікування та попередити побічні ефекти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бенца Т. Ювенильные хронические артриты // Ліки України. — 2005. — №4. — С. 27-30.

2. Волосовець О.П. Сучасний прогрес у фармакотерапії ювенільного хронічного та ревматоїдного артриту // Актуальні проблеми педіатрії на сучасному етапі: Матеріали 11-го з'їзду педіатрів України. — Київ, 2004. — С. 122.

3. Майданник В.Г. Ювенільний ревматоїдний артрит // Педіатрія, акушерство та гінекологія. — 1997. — №6. — С. 5-11.

4. Ревматоидный артрит у детей /Ред. Е.М. Лукьяновой, Л.И. Омельченко. — К: Книга плюс, 2002. — 176с.

5. Костюрина Г.Н., Хронические артриты у детей и подростков / Г.Н. Костюрина, И.С. Лебедь, А.М. Коломиец и др. — Х.: Основа, 2002. — 172 с.

6. Шелепина Т.А., Реабилитационная терапия в комплексном лечении больных ювенильным хроническим артритом /Шелепина Т.А., Бородачева О.В., Илларионова О.Н //Педиатрия. —1999. - № 4. — С.19-21.

Отримано 17.01.14